



***Manual de acidentes em***

***pediatria:***

do manejo clínico à prevenção

*Letícia Lima de Oliveira*  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2021



***Manual de acidentes em***

*pediatria:*

do manejo clínico à prevenção

*Letícia Lima de Oliveira*  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2021

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

# Manual de acidentes em pediatria: do manejo clínico à prevenção

**Diagramação:** Natália Sandrini de Azevedo  
**Correção:** Flávia Roberta Barão  
**Indexação:** Gabriel Motomu Teshima  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Letícia Lima de Oliveira

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294 Manual de acidentes em pediatria: do manejo clínico à prevenção / Organizadora Letícia Lima de Oliveira. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-475-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.754210110>

1. Saúde. I. Oliveira, Letícia Lima de (Organizadora). II. Título.

CDD 613.6

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## PREFÁCIO

Acidentes não ocorrem de modo imprevisível, por acaso – com exceção dos desastres naturais. Dessa forma, infere-se que é possível preveni-los. Porém, o que se observa é a sobrecarga do sistema de saúde por injúria de causas externas. O pediatra tem a missão profissional de lidar com a promoção da saúde e a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a recuperação/reabilitação da população infantil, em todos os tipos de agravos.

Agravo é caracterizado por “qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas”, segundo o Ministério da Saúde. Tendo isso em vista, cabe a análise dos fatores de risco para determinados acidentes, principalmente de acordo com a faixa etária e, com isso, haja instituição da prevenção necessária no momento oportuno, ou pelo menos, para minimizar a gravidade dos traumas.

Ademais, intervenções multissetoriais e universais, priorizando a conscientização da comunidade e envolvendo modificações ambientais, implantação de políticas públicas e legislação devem ser incorporadas pelos setores políticos e de saúde pública.

Os profissionais de saúde precisam conhecer acerca dos acidentes na faixa etária pediátrica, desde os médicos nas Unidades Básicas de Saúde e os plantonistas do Pronto Atendimento, até os especialistas em pediatria. É preciso que todos incorporem em suas consultas orientações sobre segurança da criança e do adolescente, conscientizando as famílias sobre a necessidade imperativa de tornar seguros os diversos ambientes em que ocorre o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Este livro discorre sobre os principais acidentes na faixa etária pediátrica, além de exaltar a importância da orientação quanto a sua prevenção.

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### INTOXICAÇÃO EXÓGENA

João Pedro Matos de Santana  
Paulo José Medeiros de Souza Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7542101101>

### **CAPÍTULO 2..... 27**

#### QUEIMADURAS

Agatha Prado de Lima  
Diana Soares da Silva  
Paulo José Medeiros de Souza Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7542101102>

### **CAPÍTULO 3..... 40**

#### SUFOCAÇÃO E ENGASGAMENTO

Jussara Cirilo Leite Torres  
Patrícia Costa Alves Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7542101103>

### **CAPÍTULO 4..... 49**

#### ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Michelle Vanessa da Silva Lima  
Paulo José Medeiros de Souza Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7542101104>

### **CAPÍTULO 5..... 66**

#### QUEDAS

Tháís de Oliveira Nascimento  
Patrícia Costa Alves Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7542101105>

### **CAPÍTULO 6..... 86**

#### ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS

Letícia Kallyne Rodrigues da Silva  
Marcos Reis Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7542101106>

### **SOBRE A ORGANIZADORA..... 119**

# CAPÍTULO 3

## SUFOCAÇÃO E ENGASGAMENTO

*Data de aceite: 02/08/2021*

**Jussara Cirilo Leite Torres**

**Patrícia Costa Alves Pinto**

### PONTOS IMPORTANTES

- No Brasil, asfixia acidental é apontada como a terceira ou quarta causa de morte na maioria dos estados.

- Em crianças acima de 1 ano, a asfixia parcial é a mais prevalente e tem como sinal clínico mais sugestivo o estridor, principalmente quando apresenta história de acometimento respiratório súbito, sem antecedentes de febre ou doença.

- Nas obstruções graves, geralmente a vítima realiza o sinal universal da asfixia, que consiste em levar as mãos ao pescoço. A conduta a ser tomada decorre da idade e responsividade do paciente. Indica-se a manobra de 5 golpes na região interescapular somada a compressões torácicas em crianças menores de 1 ano e manobra de Heimlich nas maiores de 1 ano, ambas com responsividade presente. Porém, para aquelas inconscientes, deve proceder com ressuscitação cardiopulmonar.

- Quando a prevenção, deve-se priorizar medidas de prevenção de asfixia e

estrangulamento no ambiente de sono em crianças menores de 1 ano e prevenção de asfixia por inalação de corpo estranho em crianças maiores de 1 ano

### 1 | INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A asfixia ou sufocação trata-se da carência no suprimento de oxigênio para os tecidos do corpo, que pode ser causada pela constrição mecânica ou não mecânica da via aérea, bem como pela diminuição do aporte de oxigênio no ar respirado (SASSO; BACHIR; SAYED, 2018).

A obstrução aguda da via aérea, comumente conhecida como engasgo, pode ser parcial ou completa, ocorrer de forma abrupta ou gradual e dar-se em diferentes níveis anatômicos. Ademais, pode ocorrer em qualquer faixa etária e deve ser considerada como uma emergência. Acontece quando o mecanismo de válvula de fechamento da epiglote falha na deglutição e o objeto ou alimento passa para a traqueia ao invés de ir para o estômago, podendo levar à asfixia e progredir para uma parada cardiorrespiratória (MARTIN, G.; CHIGARU, L., 2017; ENGASGO, 2017).

Sabe-se que crianças são mais susceptíveis à asfixia não intencional do que os adultos, tanto por suas características anatômicas quanto por sua incapacidade de autoajuda (SASSO; BACHIR; SAYED, 2018). Estudos

apontam que a asfixia acidental é uma das principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo (SASSO; BACHIR; SAYED, 2018; WANG, L. et al, 2019; THEURER, W.M., 2013; LAMBERT, A.B.E. et al, 2019; BRKIC, F. et al, 2018). No Brasil, é apontada como a terceira ou quarta causa de morte na maioria dos estados (FRANÇA, E.B. et al, 2017).

Os índices de mortalidade indicam que crianças menores de 1 ano morrem mais de asfixia relacionada ao ambiente de sono, e crianças de 1 a 4 anos por aspiração de corpo estranho (WANG, L. et al, 2019). Foi observado, ainda, que nessa última faixa etária, a prevalência é maior em meninos do que em meninas, numa proporção de 2:1 (GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J., 2011). O estudo de LAMBERT, A.B.E et al (2019) mostra que 82% dos óbitos não intencionais de crianças menores de 1 ano nos Estados Unidos são atribuídos à asfixia acidental e estrangulamento no leito.

A prevalência de asfixia nessa faixa etária pode ser devido à capacidade que as crianças possuem de explorar o mundo através da via oral, à falta de dentição completa para mastigação adequada, a tendência de colocar objetos na boca, bem como de conversar, chorar ou se mexer enquanto se alimentam (BRKIC, F. et al, 2018 ; GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J., 2011; DARRAS, K.E.; ROSTON, A.T.; YEWCHUK, L.K., 2015).

Além disso, crianças menores de 1 ano ainda não possuem seu desenvolvimento pleno, sendo incapazes de sair de situações de perigo, como retirar um lençol de sua face e solicitar ajuda (WANG, L. et al, 2019; THEURER, W.M., 2013; LAMBERT, A.B.E. et al, 2019; RECHTMAN, L.R. et al, 2014; RAMIREZ, J.M.; RAMIREZ, S.C.; ANDERSON, T.M., 2018). Dessa forma, alguns fatores devem ser levados em consideração com relação à prevenção desses acidentes, como o não compartilhamento de cama entre bebês e pais, a oferta de um ambiente de sono seguro e a supervisão ativa das crianças (LAMBERT, A.B.E. et al, 2019; TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME, 2011).

A maioria desses acidentes ocorre de forma não presenciada e são evitáveis, sendo imprescindível a identificação e intervenção adequada o mais rápido possível. Além disso, devido a alta taxa de mortalidade, salienta-se a importância e a necessidade de abranger os conhecimentos relativos à prevenção desses agravos e às manobras de desobstrução de via aérea e de ressuscitação cardiopulmonar em crianças, a fim de que os pais e cuidadores possam se capacitar e intervir precocemente quando necessário, reduzindo, assim, a morbimortalidade.

## **2 | AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E ABORDAGEM INICIAL**

A asfixia total é um problema que requer identificação e atendimento imediatos, uma vez que pode evoluir para instabilidade hemodinâmica e posterior parada cardiorrespiratória. A precocidade na intervenção é crucial para aumentar a sobrevida, de forma que, cada

minuto representa uma diminuição de 10% nas chances de recuperação e de 20% nas lesões a órgãos vitais (RODRIGUES, M. et al, 2016; MOREIRA, A.R.; VIDOR, A.C., 2013).

O quadro clínico do paciente asfixiado depende de algumas variáveis, tais como: o motivo da asfixia, o grau de obstrução da via aérea, a idade do paciente, o tempo decorrido desde o acidente, a localização do objeto e a situação em que a vítima se encontra (GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J., 2011; RODRIGUES, M. et al, 2016; MOREIRA, A.R; VIDOR, A.C., 2013)

Em crianças menores de 1 ano, normalmente os quadros de asfixia ocorrem durante o sono, por obstrução mecânica da via aérea. Na maioria dos casos vão a óbito antes que os pais percebam, uma vez que ocorrem mais durante a noite. No entanto, se identificado precocemente, a intervenção deve ser imediata (WANG, L. et al, 2019).

Já em crianças acima de 1 ano, a asfixia parcial é a mais prevalente, principalmente por aspiração de corpo estranho. Classicamente, nesses pacientes, há início súbito de tosse, engasgamento ou estridor, sendo esse último o sinal clínico mais sugestivo de obstrução parcial, que pode ser definido como sendo um ruído áspero, quase sempre agudo, ocasionado pela turbulência do fluxo de ar ao passar pela via aérea estreita. Deve-se ficar atento, ainda, aos sinais de sibilância, cianose, apneia, rouquidão ou assimetria na ausculta pulmonar (MARTIN, G.; CHIGARU, L., 2017; RODRIGUES, M. et al, 2016; MOREIRA, A.R; VIDOR, A.C., 2013).

Na maioria das vezes esses sinais surgem enquanto a criança come ou brinca. Vale salientar que uma história de acometimento respiratório de forma súbita, sem antecedentes de febre ou doença, sugere fortemente o diagnóstico de inalação de corpo estranho (RODRIGUES, M. et al, 2016).

No pronto atendimento, ao examinar a criança com comprometimento parcial da via aérea é importante evitar estressar a criança, a fim de não resultar em piora do quadro. Na avaliação inicial deve-se lembrar de deixar a criança com o pai ou cuidador em uma posição confortável. Nesse momento não é necessário usar abaixador de língua para examinar via aérea, nem é preciso fornecer acesso venoso, realizar exames de sangue, solicitar exames de imagem e forçar o uso de máscara de oxigênio. Posteriormente à avaliação inicial, pode-se fazer uma história abrangente e passar para o exame físico e investigações adicionais (MARTIN, G.; CHIGARU, L., 2017).

Já nas crianças vítimas de obstrução de via aérea por corpo estranho, que necessitam de intervenção imediata, deve-se seguir a sequência do suporte básico de vida em pediatria. É importante lembrar, que em bebês de até um ano a obstrução ocorre mais por líquidos, e em crianças acima dessa idade por objetos sólidos (RODRIGUES, M. et al, 2016; BERG, M.D. et al, 2010). Nesses casos, os sinais sugestivos citados anteriormente devem ser levados em consideração. Além disso, deve-se ainda classificar a obstrução

em leve, quando a criança consegue tossir e emitir sons, ou grave, quando não há essas respostas. (MOREIRA, A.R; VIDOR, A.C., 2013; BERG, M.D. et al, 2010).

### 3 | CONDUTA

Nos casos de obstrução leve em crianças responsivas, aconselha-se não interferir, auxiliar somente acalmando a vítima e incentivar tosse vigorosa. Só deve-se intervir, caso haja evolução para obstrução grave (BERG, M.D. et al, 2010).

Nas obstruções graves, geralmente a vítima realiza o sinal universal da asfixia, que consiste em levar as mãos ao pescoço. Também pode apresentar inquietação ou inconsciência, ausência de tosse e/ou ruídos ventilatórios, cianose, baixa saturação de oxigênio, taquicardia e até parada respiratória ou cardiopulmonar. Nesses casos, a intervenção deve ser imediata e o mais rápido possível (MOREIRA, A.R; VIDOR, A.C., 2013; BERG, M.D. et al, 2010).

Serão expostas abaixo, as condutas com as especificidades para cada faixa etária, dos quadros de obstrução de via aérea, tanto das vítimas responsivas como não responsivas (BERG, M.D. et al, 2010; MOREIRA, A.R; VIDOR, A.C., 2013).

#### 3.1 Obstrução grave na criança maior que 1 ano responsiva:

1. Realizar avaliação primária (ABCDE)
2. Inspeccionar a cavidade oral/nasal da vítima, a procura do corpo estranho. Retirá-lo somente se estiver visível. Não é aconselhável explorar com a mão ou pinça quando o corpo não é visualizado, a fim de evitar que ele seja redirecionado para um lugar que impossibilite ainda mais sua retirada.
3. Efetuar a manobra de Heimlich com movimentos abdominais subdiafragmáticos:
  - Abaixar-se posicionando-se atrás da criança e envolver os braços pela cintura dela.
  - Fechar a mão direita em punho e posicioná-la contra a parede superior do abdome da vítima, entre o umbigo e o apêndice xifóide, com o polegar voltado para o abdome e cobri-la com a outra mão.
  - Aplicar 5 compressões rápidas, pressionando o abdome com um golpe rápido em direção a cabeça.
  - Repetir esses movimentos até a expulsão do objeto ou agravamento do quadro.
4. Caso haja evolução para parada cardiorrespiratória, iniciar manobras de reanimação

5. Se possível, monitorar a vítima, realizando oximetria de pulso e aferindo sinais vitais constantemente.
6. Após saída do corpo estranho, oferecer oxigênio com máscara.

### **3.2 Obstrução grave na criança maior que 1 ano não responsiva:**

1. Realizar os passos 1 e 2 da sequência anterior para crianças responsivas.
2. Caso a criança não responda ao estímulo, iniciar compressões torácicas:
  - Posicionar-se na lateral da vítima e efetuar compressões torácicas eficazes com as mãos, na proporção de 30 compressões para 2 ventilações, caso haja apenas 1 socorrista, ou 15 compressões para 2 respirações, caso haja 2 socorristas.
  - A frequência deve ser mantida entre 100 a 120 compressões por minuto.
  - A cada 30 compressões, antes da ventilação, deve-se abrir a via aérea. Se o corpo estranho for visualizado deve ser retirado.
  - Continuar realizando os passos anteriores até o objeto ser expelido.
3. Se possível, monitorar a vítima, realizando oximetria de pulso e aferindo sinais vitais constantemente.
4. Quando objeto for expelido ou ocorrer passagem de ar e respiração espontânea, oferecer oxigênio com máscara.

### **3.3 Obstrução grave na criança menor que 1 ano responsiva:**

1. Realizar avaliação primária (ABCDE).
2. Posicionar a criança em decúbito ventral, colocando-o sobre o antebraço com a cabeça mais rebaixada que o tronco.
3. Efetuar 5 golpes no dorso, entre as escápulas. Caso não seja eficaz, retomar a vítima ao decúbito dorsal e realizar compressões torácicas.
4. Inspeccionar a cavidade oral e retirar o corpo estranho, somente se esse for visualizado.
5. Repetir os passos anteriores até o objeto ser expelido. Se houver sinais de parada cardiorrespiratória, iniciar manobras de reanimação.
6. Se possível, monitorar a vítima, realizando oximetria de pulso e aferindo sinais vitais constantemente.

### 3.4 Obstrução grave na criança menor que 1 ano não responsiva:

1. Realizar avaliação primária (ABCDE).
2. Caso a criança não responda ao estímulo, iniciar compressões torácicas:
3. Posicionar a criança em decúbito dorsal, sobre superfície rígida e realizar 5 compressões torácicas.
4. Realizar a inspeção da cavidade oral. Retirar o corpo estranho somente se esse for visualizado.
5. Se não for eficaz, iniciar compressões torácicas:
  - Deve ser realizada com dois dedos, caso haja somente 1 socorrista (figura 3). Se houver 2 socorristas pode-se usar a técnica de cercar o peito do bebê com as 2 mãos (figura 4)
  - A proporção deve ser de 30 compressões para 2 ventilações, no caso de 1 socorrista, ou de 15 compressões para 2 ventilações, se houver 2.
  - A frequência deve ser mantida entre 100 a 120 compressões por minuto.
  - Após as compressões, antes das ventilações, deve-se abrir a via aérea. Se o corpo estranho for visualizado deve ser retirado.
  - Continuar realizando os passos anteriores até o objeto ser expelido.
6. Se possível, monitorar a vítima, realizando oximetria de pulso e aferindo sinais vitais constantemente.

## 4 | PREVENÇÃO

Como já citado, sabe-se que cada faixa etária possui uma causa mais prevalente de asfixia. Assim, estratégias direcionadas devem ser adotadas para reduzir a mortalidade infantil por causas evitáveis. Pode ser dada prioridade à prevenção de asfixia e estrangulamento no ambiente de sono em crianças menores de 1 ano e prevenção de asfixia por inalação de corpo estranho em crianças maiores de 1 ano (LAMBERT, A.B.E. et al, 2019).

### 4.1 Prevenção de asfixia em crianças menores de 1 ano:

A academia americana de pediatria recomenda que os bebês durmam em decúbito dorsal, em superfície firme e plana e que almofadas e travesseiros macios sejam evitados. Ademais, aconselha que bebês e pais não compartilhem a mesma superfície de sono (RECHTMAN, L.R. et al, 2014; LAMBERT, A.B.E. et al, 2019).

É importante que os pais e responsáveis sejam alertados sobre a importância de ofertar um ambiente de sono seguro para as crianças. Dessa forma, serão listadas algumas medidas que podem ser recomendadas e ensinadas aos pais (RECHTMAN, L.R. et al, 2014; THEURER, W.M., 2013; TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME, 2011).

- Recomenda-se usar roupas de cama apropriadas e o lençol deve caber firmemente ao redor do colchão.
- A criança deve ser posicionada em decúbito dorsal.
- Deve-se garantir que os berços estejam montados corretamente para evitar o colapso.
- Os colchões devem ser firmes e manter a sua forma, além de não permitir que haja espaços entre o colchão e a lateral do berço
- Remover roupas de cama e brinquedos macios da área de dormir, bem como todos os fios e cordas que estejam na vizinhança do berço.
- O berço deve ser afastado de móveis, paredes e outros objetos, com o intuito de evitar a prisão, caso a criança saia do berço.
- Não colocar a criança para dormir em sofá.

#### **4.2 Prevenção de asfixia em crianças maiores de 1 ano:**

Programas educacionais devem ser dirigidos aos pais, tanto no que diz respeito a prevenção de hábitos que predispõem aos acidentes nessa idade, quanto no ensino das técnicas básicas de desobstrução de via aérea (RODRIGUES, M. et al, 2016).

Abaixo serão listadas algumas medidas que podem ser aconselhadas (GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J., 2011; RODRIGUES, M. et al, 2016).

- Adequar a dieta para cada idade, de acordo com a capacidade de mastigar e engolir do indivíduo.
- Alimentos como amendoins, nozes, pipocas, castanhas, grãos, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroços e sementes, não são aconselhados para crianças menores de 5 anos.
- Igualmente, objetos pequenos como botões, balões vazios, moedas, papel, plástico, esponja e brinquedos com peças pequenas também são perigosos para crianças nessa faixa etária.
- Os brinquedos devem seguir as recomendações de cada idade. Em crianças menores de 3 anos, os objetos e brinquedos não devem ter um diâmetro inferior

a 32 mm, e os objetos esféricos devem ter um diâmetro superior a 45 mm.

- Crianças pequenas devem estar sempre sob vigilância constante, especialmente as menores de 4 anos, uma vez que a informação da visualização do engasgamento é crucial para um diagnóstico precoce.

## REFERÊNCIAS

BERG, M.D. et al. **Part 13: pediatric basic life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care.** *Circulation*, v. 122, n. 18\_suppl\_3, p. S862-S875, 2010.

BRKIC, F. et al. **Death as a consequence of foreign body aspiration in children.** *Medical Archives*, v. 72, n. 3, p. 220, 2018.

DARRAS, K.E.; ROSTON, A.T.; YEWCHUK, L.K. **Imaging acute airway obstruction in infants and children.** *Radiographics*, v. 35, n. 7, p. 2064-2079, 2015.

ENGASGO. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2017. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2513-engasgo>>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

FRANÇA, E.B. et al. **Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study.** *Revista brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 46-60, 2017.

GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J. **Corpo estranho em via aérea.** *Pulmão RJ*, v. 20, n. 2, p. 54-58, 2011.

LAMBERT, A.B.E. et al. **Sleep-Related Infant Suffocation Deaths Attributable to Soft Bedding, Overlay, and Wedging.** *Pediatrics*, v. 143, n. 5, p. e20183408, 2019.

MARTIN, G.; CHIGARU, L. **Acute upper airway obstruction in children.** *Paediatric anaesthesia*, p. 1-10, 2017.

MOREIRA, A.R.; VIDOR, A.C. **Asfixia: eventos agudos na atenção básica.** 2013.

RAMIREZ, J.M.; RAMIREZ, S.C.; ANDERSON, T.M. **SIDS Morte súbita de bebês e crianças pequenas: o passado, o presente e o futuro.** Universidade de Adelaide Press, 2018.

RECHTMAN, L.R. et al. **Sofas and infant mortality.** *Pediatrics*, v. 134, n. 5, p. e1293-e1300, 2014.

RODRIGUES, M. et al. **Aspiração de corpo estranho na criança: um perigo escondido.** *Nascer e Crescer*, v. 25, n. 3, p. 173-176, 2016.

SASSO, R.; BACHIR, R.; EL SAYED, M. **Suffocation injuries in the united states: patient characteristics and factors associated with mortality.** *Western journal of emergency medicine*, v. 19, n. 4, p. 707, 2018.

TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. **SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment.** 2011.

THEURER, W.M.; BHAVSAR, A.K. **Prevention of unintentional child hood injury.** American family physician, v. 87, n. 7, 2013.

WANG, L. et al. **Under-five mortality from unintentional suffocation in China, 2006-2016.** Journal of global health, v. 9, n. 1, 2019.



***Manual de acidentes em***

***pediatria:***

do manejo clínico à prevenção

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

**Atena**  
Editora

Ano 2021



***Manual de acidentes em***

***pediatria:***

do manejo clínico à prevenção

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

**Atena**  
Editora  
Ano 2021